

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 105

Grossesse extra-utérine et Appendicite

(COEXISTENCE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(Section de Médecine)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 mai 1921

PAR

M. Ismaïl VRANIALI

Né le 22 Novembre 1887, à Viddin (Bulgarie)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

1921

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ET APPENDICITE

(Coexistence et diagnostic différentiel)

UNIVERSITÉ DE LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE — N° 105

Grossesse extra-utérine et Appendicite

(COEXISTENCE ET DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL)

THÈSE

POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE LYON
(Section de Médecine)

Présentée et soutenue publiquement devant la Faculté de Médecine et de Pharmacie

Le 26 mai 1921

PAR

M. Ismaïl VRANIALI

Né le 22 Novembre 1887 à Viddin (Bulgarie)



VILLEFRANCHE

Imprimerie du « RÉVEIL DU BEAUJOLAIS »

9 et 9 bis, rue Pierre-Morin

—
1921

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LEPINE DOYEN.
ROQUE. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE,
BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT.
PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.	BARD.
Clinique ophtalmologique	TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	BÉRARD,
Clinique neurologique et psychiatrique	FABRE.
Clinique des maladies des enfants	ROLLET.
Clinique des maladies des femmes	NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des voies urinaires.	WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	POLLOSSON (A.)
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	LANNOIS.
Chimie biologique	ROCHET.
Chimie organique et toxicologie	NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique	CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	HUGOUNENQ.
Anatomie	MOREL.
Anatomie générale et Histologie	MOREAU.
Physiologie	GUIART.
Pathologie interne	LATARJET.
Pathologie et Thérapeutique générales	POLICARD.
Anatomie pathologique	DOYON.
Médecine opératoire	COLLET.
Médecine expérimentale et comparée	MOURIQUAND.
Médecine légale	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique	ARLOING (F.)
Pharmacologie	ETIENNE MARTIN.
	COURMONT (P.)
	PIC.
	FLORENCE (A.)

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe.	VALLAS.
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.
Chimie minérale.	BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	GARIN.	DUROUX	CORDIER
BRETIN	SAVY.	HOVELACQUE	ROUBIER
LERICHE	FROMENT.	TRILLAT	FAVRE
THEVENOT (Léon)	THEVENOT Lucien.	SARVONAT	MURARD
TAVERNIER	PIERY.	FLORENCE (G.)	BONNET
CADE.	COTTE	ROCHAIX	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. COMMANDEUR, président ; CONDAMIN, assesseurs ;
MM. DUROUX, TRILLAT, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Je leur dois tout. Ces quelques pages ne sont qu'un faible témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MES SŒURS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR COMMANDEUR
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui a bien voulu nous faire le
grand honneur de présider cette
thèse, hommages respectueux.

A MON JURY DE THÈSE

A MES MAÎTRES
du Collège et de l'École primaire

AVANT-PROPOS

L'idée de ce travail nous a été suggérée par M. le Docteur Molin, chirurgien des hôpitaux, dans le service duquel nous avons eu l'occasion d'observer et de suivre deux malades chez lesquelles le diagnostic d'appendicite fut difficile à établir.

C'est un devoir pour nous de remercier M. le Docteur Molin de son bienveillant accueil et nous le prions d'accepter l'expression de notre vive gratitude.

Monsieur le Docteur Savy, médecin des hôpitaux a été notre premier maître en médecine. Nous lui devons beaucoup et nous le prions d'agréer l'expression de nos sentiments reconnaissants.

A tous nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux, nous adressons nos remerciements pour l'enseignement qu'il nous ont donné.

Nous emportons de notre séjour en France le meilleur souvenir : nous y avons passé les années les plus agréables et les plus instructives.

INTRODUCTION

Les relations entre l'appendicite et la puerpéralité sont classiques et de nombreuses observations de femmes enceintes succombant à une péritonite appendiculaire ont été rapportées. « Cette complication, ainsi que le dit Pinard, peut survenir à toute époque de la puerpéralité, aussi bien pendant la grossesse que pendant le travail et les suites de couches ». Le retentissement de l'appendicite sur la grossesse interrompue prématurément dans son évolution, le pronostic grave à la fois pour la mère et l'enfant, indiquent l'urgence de l'intervention chirurgicale et Pinard admettait que l'appendicite pendant la grossesse, devait être traitée chirurgicalement plus rapidement que dans n'importe quel autre cas.

La grossesse utérine n'a pas seule l'apanage des complications appendiculaires. Celles-ci peuvent s'observer au cours d'une grossesse anormale, ectopique.

Cliniquement, grossesse tubaire et appendicite peuvent s'observer simultanément. Souvent dans ce cas, l'appendicite est ignorée et n'est qu'une révélation inattendue de la laparotomie. D'autres fois, il s'agit d'une malade chez laquelle l'évolution clini-

que plaide en faveur d'une grossesse tubaire à un stade quelconque de son évolution anatomique et la laparatomie montre une appendicite avec ou sans abcès, en relation avec les annexes droites : coexistence des deux lésions dans un cas d'appendicite et de grossesse tubaire, erreur de diagnostic dans l'autre. Notre intention est de montrer d'une part la coexistence possible sinon fréquente de l'appendicite ou la grossesse tubaire, d'autre part les difficultés de diagnostic créées chez une femme présentant un syndrome péritonéal localisé à la fosse iliaque droite. Après avoir rappelé les notions anatomiques de relation de l'appendice iléo-cœcal avec les annexes droites et les formes de la grossesse extra-utérine, pouvant simuler l'appendicite, nous essaierons d'établir les éléments de confusion et de différenciation du diagnostic, et dans un dernier chapitre, nous dégagerons les indications thérapeutiques chirurgicales créées par la coexistence de la grossesse extra-utérine et de l'appendicite, en montrant l'intérêt de la recherche systématique de l'appendicite au cours des laparotomies pour grossesse extra-utérine.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES. — NOTIONS ANATOMIQUES

Depuis longtemps, on connaît les relations entre l'appendicite et les inflammations des annexes. Le mémoire de Barnsby, paru en 1888, sur l'appendicite et l'annexite, a montré l'importance anatomo-pathologique, pathogénique et diagnostique de ces relations.

Il est fréquent de rencontrer, au cours des laparotomies pour grossesse extra-utérine, l'appendice adhérent à la trompe gravide, agglutiné à des caillots ou à de l'épiploon œdémateux infiltré. Ce sont là des lésions habituelles de réaction péritonéale autour d'une grossesse ectopique interrompue dans son évolution.

De nombreux auteurs ont étudié les rapports anatomiques qui existent entre les annexes droites et l'appendice iléo-coecal. Les variations anatomiques de l'appendice, sa mobilité expliquent les

aspects infiniment variés des descriptions anatomiques.

Bernex, dans sa thèse de Bordeaux (1905), relate les résultats tirés de l'examen de 130 cadavres de femmes adultes.

82 fois l'appendice en situation iliaque moyenne (femmes jeunes, ne dépassant pas 35 ans).

30 fois l'appendice en situation sous-coecale (femmes d'âge variable).

18 fois l'appendice en situation pelvienne (femmes âgées).

Pas une fois, il ne l'a trouvé en situation haute.

La situation pelvienne serait reconnue plus fréquente par Liertz, de Berlin (1909), qui d'après 2.092 observations, indique une proportion de 37 pour 100 d'appendices en position basse pelvienne.

Bernex discute l'existence du ligament appendiculo-ovarien, décrit par Clado en 1892, repris sous le nom de ligament appendiculo-salpingien, par M. Durand, de Lyon, en 1895, qui contiendrait des voies lymphatiques organisées, communication directe entre l'ovaire et l'appendice, chemin tout tracé à l'infection.

Barnsby déclare dans sa thèse, n'avoir jamais retrouvé ce ligament, du moins sous l'aspect d'une formation anatomique existant à l'état normal. Lafforgue ne rencontre ce ligament que 17 fois, sur 90 sujets.

MM. Bérard et Vignard, dans leur traité de l'appendicite, reconnaissent son existence et sa

rareté. M. Tixier y aurait trouvé un ganglion lymphatique. D'après Kelly, ce ligament ne donnerait jamais passage à des lymphatiques en connexion avec l'appendice, ce serait seulement le vestige du méso qui enveloppe l'ovaire, au moment de sa descente (Durand).

Bernex a trouvé (31 fois sur 130 cas), la constitution suivante, montrant que l'appendice en situation moyenne ou sous-cœcale est en rapport avec le ligament large par l'intermédiaire de son méso. Chez la femme, la base du méso-appendice s'insère en partie sur le cœcum, en partie sur la paroi, se prolongeant vers les vaisseaux utéro-ovariens qu'elle croise et se confond avec l'extrémité du ligament large droit qui s'épanouit sur la paroi pelvienne, après avoir logé les annexes.

La distance qui sépare l'appendice du ligament large droit est de 1 à 3 centimètres. Le méso-appendice est constitué par deux feuillets péritonéaux comprenant une certaine quantité de tissu celluloadipeux, se continuant avec celui du ligament large. Ce tissu celluloadipeux assez lâche, contient de nombreux vaisseaux sanguins, des nerfs, des formations lymphatiques cellulaires et vasculaires.

En somme, si l'existence d'un ligament appendiculo-ovarien ou salpingieu est discutée et si les annexes et l'appendice ne sont pas en contact immédiat, les deux organes ont entre eux des voies sanguines et lymphatiques de relation, passant du ligament large dans le méso-appendice et ces connexions anatomiques peuvent expliquer les

relations pathologiques de l'appendice et des annexes droites.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler la pathogénie de la coexistence de l'appendicite et de la grossesse tubaire. Il importe peu de savoir si la grossesse ectopique est la première en date et il est inutile d'invoquer les diverses théories qu'on a proposées pour expliquer la fixation dans la trompe, la fixation anormale de l'ovule fécondé d'une part et les causes communes auxquelles on attribue d'ordinaire les crises appendiculaires.

Dans l'évolution ordinaire des grossesses tubaires ce qui domine l'évolution clinique des premiers mois ce sont les hémorragies, qui peuvent offrir tous les aspects anatomiques, ou des variations de degré depuis l'inondation péritonéale dramatique et brusque jusqu'au suintement léger, progressif aboutissant à la formation de l'hématocèle pelvienne. Cet épanchement sanguin, quelle que soit son importance, se fait dans le péritoine dont on connaît le rôle de protection si marqué au niveau du petit bassin de la femme et déjà nélaton (Traité chirurgical Tome V) disait déjà : « Quand l'épanchement ne détermine pas une péritonite rapidement mortelle, la partie liquide du sang est résorbée, le caillot seul reste et provoque une inflammation adhésive, des fausses membranes ou bien les feuilletés du péritoine se réunissent et forment comme une poche un véritable kyste, qui circonscrit le foyer. Dans un certain nombre de cas, ce kyste sanguin est résorbé peu à peu, quelquefois au bout d'un temps

très long. Dans d'autres il s'enflamme et se comporte comme un véritable abcès ». La péritonite plastique est donc la conséquence de l'issue du sang dans la séreuse. La péri-appendicite est déclarée et l'appendice réagira suivant la loi de pathologie générale qui dit : quand une séreuse est enflammée les muscles et la muqueuse sous-jacents participent à l'inflammation. L'appendice est l'organe qui a le plus de tendance à s'infecter : sa flore microbienne latente subit une exaltation de virulence du fait de la simple coudure de l'appendice.

Si, le plus souvent l'appendicite est consécutive à une grossesse utopique, il y a des cas où l'appendicite semble favoriser le développement après fixation de l'ovule fécondé sur la muqueuse tubaire et l'on peut admettre qu'une coudure de la trompe par une bride consécutive à la péri-appendicite peut-être une cause de grossesse ectopique.

La grossesse extra-utérine est toujours pathologique : son évolution à terme est exceptionnelle. Presque toujours la rupture est la règle. Souvent même, au milieu des caillots plus ou moins organisés de l'hématocèle ou de l'hématosalpinx, il est difficile de retrouver un œuf véritablement constitué, on voit seulement des débris de caduque. L'action de l'appendicite sur l'avortement tubaire est manifeste. L'avortement tubaire s'explique par les mêmes causes qui provoquent l'avortement dans la grossesse normale : à ce point de vue Dubrisay et Jeannin disent que « dans une grossesse normale, compliquée d'appendicite, il y a expulsion

prématurée des produits de conception 51 fois sur 100. La mortalité maternelle est en moyenne de 32 °/°, la mortalité fœtale de 39 °/°. L'appendicite fait avorter et tue par intoxication générale de l'organisme. »

Enfin, l'appendicite, foyer infectieux au voisinage d'une collection sanguine, merveilleux bouillon de culture à la pullulation microbienne, est la cause la plus banale de la suppuration des hématocèles pelviennes, si bien que toute hématocèle pelvienne suppurée doit, en dehors de toute infection annexielle concomitante, donner l'idée d'une complication d'appendicite et guider l'intervention.

CHAPITRE II

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC **FORMES DE LA GROSSESSE TUBAIRE SIMULANT** **L'APPENDICITE**

Cliniquement, la grossesse tubaire peut simuler une appendicite dans les formes sous lesquelles on peut observer cette affection : appendicite chronique, appendicite aiguë, suraiguë, avec ictus péritonéal, appendicite pelvienne avec abcès, nous rapportons un certain nombre d'observations qui traduisent la confusion et justifient les erreurs possibles de diagnostic.

La grossesse tubaire détermine des accès douloureux, correspondant à un faux travail ou à des phénomènes de distension et produit, avant le stade de rupture une masse plus ou moins arrondie, boudinée, flanquant l'utérus latéralement au niveau d'une corne utérine. L'élément douleur, le plus souvent brusque et procédant par crises, joint à la perception d'une tuméfaction latéro-utérine plus ou moins haute, crée un tableau clinique rappelant

celui de l'appendicite chronique ou de la salpingite aiguë avec poussées inflammatoires successives, MM. Albertin et Desgouttes ont montré que la grossesse tubaire avec une trompe en voie de fissuration sous-péritonéale pouvait en imposer pour une salpingite aiguë et disent aussi que souvent « les phénomènes douloureux et la fièvre pourront dans certains cas faire penser à une appendicite : cependant dans celle-ci l'orage péritonéal est en général plus violent, la fièvre plus élevée, la langue saburrale. Le plastron est souvent situé plus haut, plus dans la fosse iliaque droite, la collection au toucher est franchement chaude. D'autre part, aucune signe réflexe de la grossesse à moins que l'on ait une grossesse au début coïncidant avec une appendicite auquel cas le diagnostic pourrait parfaitement être impossible. » (Un cas semblable est rapporté dans l'observation, n° XIV.

L'hématocèle enkystée peut présenter quelquefois l'aspect clinique d'une appendicite aiguë et il est des cas où l'on porte le diagnostic de péritonite appendiculaire enkystée chez des malades dont l'interrogatoire a été difficile ou incomplet. Souvent on a négligé de noter dans les antécédents de la malade un retard des règles de 15 jours ou 3 semaines et cette notion importante à retenir permet, le plus souvent, de rectifier un diagnostic hâtivement porté, d'autant mieux que les signes physiques de la palpation de la fosse iliaque droite plaident en faveur d'une collection appendiculaire. C'était le cas que rapporte l'observation de Launay et Séguinot (Revue

de Chirurgie 1914). Gasbarrini fait allusion à ces faits et rapporte deux cas de grossesse ectopique méconnue parce que les malades dissimulaient un retard de quinze jours. Le siège haut de la douleur dans la fosse iliaque droite, la perception d'une masse plus ou moins enkystée avait fait porter le diagnostic d'abcès appendiculaire.

Souvent aussi une appendicite aiguë, même avec abcès, dans les cas de voisinage anatomique de l'appendice ou l'annexe droite se présentera avec l'allure clinique d'une grossesse tubaire en voie de rupture ou non encore fissurée. La température pourra ne pas être très élevée et surtout la malade aura pu avoir une modification des règles qui permettra de penser à une grossesse tubaire. L'infection appendiculo ovarienne peut se traduire par ses phénomènes congestifs au niveau de la muqueuse utérine: la malade pourra perdre, et la notion de cette hémorragie jointe à la perception d'une masse enkystée plus ou moins latéro-utérine éveillera l'idée d'une grossesse tubaire, nous en rapportons une observation très suggestive (Observation n° 1).

La grossesse tubaire peut se rompre d'emblée, en pleine péritonie. La rupture est son signe révélateur et le premier symptôme. L'hypothermie, l'hypotension, la tachycardie, l'adynamie, la paleur de la face, la voix faible et cassée, les sueurs froides et profuses, la sensation d'une douleur constrictive ou pongitive à l'épigastre s'observent dans ces cas d'inondation cataclysmique. Cette symptomatologie n'éveille-t-elle pas dans l'esprit l'idée d'une périto-

nite généralisée d'emblée ? Si le maximum de la douleur est à droite, il est facile de supposer que l'erreur de diagnostic soit possible, surtout s'il s'agit d'une malade qu'on apporte à l'hôpital et sur laquelle il est souvent difficile d'avoir des renseignements cliniques précis.

Enfin, la grossesse tubaire rompue et enkystée sous forme d'une hématocele pelvienne peut suppurer et peut simuler une appendicite pelvienne ou abcès du Douglas.

En résumé, la grossesse tubaire peut suivant les formes anato-cliniques qu'elle présente revêtir l'allure clinique de *l'appendicite chronique, de l'appendicite aiguë, de la péritonite généralisée d'origine appendiculaire, de l'appendicite pelvienne avec abcès.*

Nous voulons essayer de dégager de l'étude des symptômes cardinaux de l'appendicite, dans les diverses formes et de la grossesse tubaire les éléments utiles avec diagnostic aussi précis que possible, nous réservant, dans un dernier chapitre d'en déduire des indications thérapeutiques.

CHAPITRE III

ELEMENTS DE CONFUSION ET DE DIFFERENCIATION. — ETUDE SEMEIOLOGIQUE

Il est fréquent de souligner que dans les observations rapportées, le diagnostic exact ou complet n'a été porté qu'au moment de l'intervention. A vrai dire, il n'y a pas de signe pathognomonique permettant d'affirmer la coexistence de l'appendice et de la grossesse tubaire. Il est évident qu'un diagnostic précoce et urgent doit être posé, car c'est lui qui dicte l'intervention et la conduite.

Nous voulons, en étudiant chaque symptôme observé dans l'une et l'autre affection, établir une présomption en faveur de la complication appendiculaire au cours d'une grossesse extra-utérine. En somme, il convient d'étudier, pour le diagnostic, la valeur séméiologique de chaque symptôme que l'on peut observer au cours d'une appendicite, d'une grossesse extra-utérine rompue ou non.

La *douleur*, par son intensité, sa brusquerie, son siège dans la fosse iliaque droite, est un élément de

confusion. Classiquement, la douleur appendiculaire a son siège de prédilection au point de Mac Burney ou dans une région avoisinante (point de Lauz). Quand il n'y a point de douleur à ce niveau, on peut affirmer l'absence d'appendicite et l'on peut repeter à propos de la grossesse tubaire, la distinction qu'établissait déjà en 1897, Budin, à la Société d'Obstétrique et Synécologie, en différenciant l'appendicite et la salpingite, maladie abdominale, maladie pelvienne. En revisant les observations, il est commun de voir que fréquemment le diagnostic d'appendicite est posé par le siège de la douleur maxima dans la fosse iliaque. Dans deux observations de Gasbarrini, la douleur avait son maximum au point de Mac Burney. Dans une observation de Celos, elle était généralisée d'emblée.

Launay et Seguinot insistent beaucoup sur les irradiations douloureuses vers l'estomac et l'ombilic dans l'appendicite où il existe de la douleur spontanée dans la fosse iliaque. Mais souvent aussi, la grossesse tubaire rompue, dans sa forme cataclysmique, s'accompagne d'une douleur pongitive ou constrictive très vive, au creux épigastrique.

Le caractère de la douleur peut avoir son importance et il est évident que la douleur brusque, intense, syncopale de certaines ruptures tubaires, ne saurait prêter à confusion. Il convient particulièrement d'insister sur le caractère syncopal de la douleur et la valeur marquée du binôme, douleur-syncope. Gasbarrini insiste sur le début de douleur progressive dans l'appendicite, brusque

dans la rupture : cette différenciation ne saurait être retenue comme absolue, puisque dans la rupture tubaire, les douleurs de distention de la trompe, siège de la grossesse ectopique, précèdent la douleur brusque de la rupture.

Disons enfin que pour le diagnostic de la grossesse ectopique non rompue avec l'appendicite chronique, on a essayé de se rattacher au signe de Rovsing. Ce signe, on le sait, consiste à produire de la douleur au point de Mac Burney, en pressant à gauche de bas en haut sur le colon ascendant, en déterminant ainsi une distension gazeuse du cœcum et de l'appendice. Ce signe qui, pour Rovsing serait une marque de péri-appendicite, traduirait pour d'autres auteurs la péritonite péri-appendiculaire et aussi la pelvi-péritonite. La valeur de ce signe est donc discutable et en tous cas il n'est pas pathognomonique.

La température a une valeur séméiologique plus importante à retenir sans que toutefois elle apporte la solution dans tous les cas des problèmes diagnostiques difficiles à résoudre.

L'hypothermie que l'on observe dans l'inondation péritonéale de la rupture tubaire peut aussi être marquée dans l'appendicite septique ou péritonite généralisée d'emblée.

Classiquement, on affirme que la grossesse tubaire évolue dans ses différentes formes anatomiques sans température et on avait voulu faire de cette absence de température un signe diagnostique de premier ordre pour différencier la grossesse tu-

baire, de l'appendicite, de la salpingite et de leurs accidents infectieux. Toutefois, il est possible d'observer des grossesses tubaires évoluant ou une température atteignant ou dépassant 38°, et par ailleurs de noter l'absence de température ou du moins une température n'atteignant pas 38° dans l'évolution de certains abcès appendiculaires pelviens.

Il est certain qu'une faible température hors de proportion ou les autres symptômes fonctionnels et généraux est plutôt en faveur d'une grossesse tubaire que d'une appendicite.

Le frisson observé en même temps que les phénomènes thermiques traduit plutôt la réaction péritonéale de l'appendicite ou la formation d'un abcès qu'un accident tubaire.

Le pouls dans l'appendicite grave comme dans l'inondation péritonéale d'origine tubaire est rapide à 120-130, petit filant, hypotendu — mais c'est surtout la discordance entre le pouls et la température qui a une réelle importance : cette discordance marque la gravité d'une appendicite au début ou d'une appendicite gangréneuse. Il faut savoir aussi, qu'au cours de l'évolution d'une grossesse tubaire l'attention devra se porter très minutieusement sur l'étude du pouls. La rapidité du pouls constatée au bout de quelques jours d'observation d'une grossesse tubaire ne signifiera pas toujours l'aggravation d'un état hémorragique, mais marquera souvent un état péritonéal grave du fait de la coexistence d'une appendicite ou de la complication appendiculaire. L'observation que nous rapportons n° XIII est assez

significative à ce sujet. Après la laparotomie justifiée par des accidents d'hémorragie répétée, une amélioration de courte durée s'était manifestée, mais rapidement l'accélération du pouls associée à une aggravation de l'état général traduisait une réaction péritonéale intense dans la fosse iliaque droite d'origine vraisemblablement appendiculaire.

Il faut donc retenir la valeur du pouls; son accélération, surtout quand elle n'est pas la manifestation immédiate d'un état hémorragique, doit faire penser à une réaction péritonéale très marquée et orienter les recherches du côté de l'appendice.

Le syndrome péritonéal constaté, c'est-à-dire l'ensemble des symptômes traduisant l'irritation septique ou mécanique du péritoine n'a pas une grande valeur au point de vue du diagnostic différentiel entre l'appendicite et la grossesse tubaire. MM. Albertin et Desgouttes font remarquer d'ailleurs que l'état grave dans lequel on a l'occasion d'observer certaines ruptures tubaires avec inondation péritonéale traduit plus l'irritation péritonéale que l'abondance de l'hémorragie et c'est pour cette raison qu'ils conseillent l'expectative dans le traitement chirurgical des ruptures tubaires.

L'état général grave qu'on peut observer dans certaines ruptures tubaires et certaines appendicites septiques traduit dans un cas l'infection très grave et dans l'autre l'anémie suraiguë — mais jamais l'appendicite ne réalise cependant la décoloration de la face et des muqueuses qu'on observe dans certaines hémorragies tubaires. Dans la grossesse

extra-utérine l'importance de la syncope, des tendances à la syncope au moment des accès de douleurs doit être retenue : sa valeur sémeiologique est de premier ordre.

Syndrôme génital. Son observation clinique minutieuse semblerait devoir apporter une grande lumière dans le diagnostic différentiel de l'appendicite et de la grossesse tubaire. L'état des règles, leur retard, la constatation d'hémorragie survenant après un retard plus ou moins appréciable devraient indiquer une précision dans le diagnostic, Il n'en est généralement rien. D'abord, l'attention n'est pas toujours attirée sur l'état des règles. Il n'est pas rare aussi qu'on se heurte, selon le mot de Cestan « aux protestations indignées de veuves incorrectes aux dénégations formelles de demi vierges ».

Legueu fait remarquer justement que les cas où il n'y a pas d'hémorragie externe sont surtout sujets à erreur. Le plus souvent, il est vrai, l'avortement tubaire imminet de la rupture s'accompagne d'un écoulement externe brun chocolat ou noirâtre, sans caillots qui, lorsqu'il existe, est pathognomonique,

Mais il faut bien savoir qu'une lésion appendiculaire grave peut retentir sur l'appareil génital et provoquer une hémorragie plus ou moins abondante en dehors des règles normales ou après une suspension menstruelle de plus ou moins longue durée.

Enfin, dans certains cas (2 observations rapportées par Legueu), on peut avoir affaire à des mala-

des habituellement mal ou pas réglées et dont l'aménorrhée n'est pas interprétée comme marque de la grossesse.

Bien plus, il ne faudra pas attacher une valeur pathognomonique aux phénomènes sympathiques de la grossesse pour le diagnostic différentiel, car ceux-ci peuvent s'observer dans certains cas de salpingites chroniques bilatérales ou la suppression de la fonction glandulaire ovarienne peut déclencher les troubles réflexes de la grossesse (vomissements matutinaux, colostrum au niveau des seins).

Etude des lignes physiques. — Dans les cas de grossesse tubaire évoluant avec plastron dans la fosse iliaque droite, plusieurs fois des chirurgiens (Legueu, Pozzi, Témoin, Launay), trouvant dans la fosse iliaque droite une tumeur volumineuse, douloureuse, résistante, ressemblant à un abcès appendiculaire, ont incisé et sont tombés sur une collection sanguine due à une grossesse ectopique. Launay observa une malade entrée à l'hôpital avec des signes cliniques d'une appendicite avec abcès et atteinte en réalité, d'une poche tubaire droite, rompue derrière le colon ascendant et infectée.

Souvent aussi l'hématocèle résultant des hémorragies successives, rejetées de la rupture ne se collecte pas toujours au point déclive du Douglas : la tuméfaction qu'elle forme est latérale, parce que des adhérences anciennes (poussées de salpingite, brides de péritonite chronique), la retiennent autour de la trompe. Dans ces cas, le toucher vaginal donne peu de renseignements, alors que dans l'évolution

habituelle de l'hématocèle pelvienne, le toucher permet de constater la tension des culs de sac et leur résistance.

Examen du sang. — Cet examen donne évidemment dans les cas d'anémie suraiguë après rupture et inondation péritonéale la formule classique de l'anémie.

Dans l'appendicite, la courbe leucocytaire aurait une réelle valeur, d'après MM. Vignard et Arnaud. L'augmentation du nombre des leucocytes indiquerait une suppuration ou du moins une appendicite qui va se compliquer d'abcès.

Quelles conclusions pratiques tirerons-nous de cette étude clinique ?

On peut confondre l'inondation péritonéale ou l'appendicite grave à cause des troubles de l'état général ; l'hématocèle et la grossesse ectopique tubaire non rompue avec l'appendicite localisée (appendicite chronique, plastron appendiculaire, abcès appendiculaire).

En présence d'une douleur abdominale vive, chez une femme, il faut penser à la grossesse tubaire et nous rappelons volontiers ces mots de M. Albertin : le diagnostic de la grossesse tubaire est chose facile pourvu qu'on y pense.

Dans tous les cas douteux, c'est le plus souvent l'évolution clinique qui apportera le diagnostic. On retiendra dans la grossesse tubaire la valeur du symptôme douleur-syncopale, le facies de la malade, pâle dans les ruptures tubaires, plombé dans les appendicites graves.

Souvent le diagnostic sera fait de nuances. Cependant, dans l'appendicite, dès le début, les traits du tableau péritonéal sont mieux dessinés, la température et généralement plus élevée et *toutes les fois qu'au cours d'une grossesse extra-utérine on notera de la température élevée au moment des douleurs, toutes les fois qu'à la suite d'une rupture de la trompe la température au lieu de décliner se maintiendra autour de 39°, on devra penser à une infection appendiculaire concomitante.*

La possibilité des erreurs de diagnostic, peut, ainsi que le faisait remarquer Segond, au congrès international de Budapest (1909), créer des difficultés opératoires. L'erreur de diagnostic peut avoir l'inconvénient d'obliger le chirurgien soit à pratiquer une nouvelle incision (médiane dans le cas de grossesse tubaire méconnue), comme l'a fait Témoin une fois, soit « à se mesurer avec les difficultés d'exécution résultant du siège latéral de l'incision que fait le plus souvent adopter le diagnostic initial d'appendicite, ces difficultés devenant très grandes quand il s'agit d'une grossesse extra-utérine gauche, comme le cas cité par Legueu ».

Dans tous les cas, soit que le diagnostic de la coexistence de la grossesse tubaire et de l'appendicite ait été posé, soit que l'appendicite ait été méconnue, soit enfin que l'erreur de diagnostic ait été commise le traitement chirurgical s'impose.

Nous l'indiquerons dans un dernier chapitre.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Si la grossesse extra-utérine reconnue commande l'intervention chirurgicale, à plus forte raison indique-t-elle l'opération d'urgence quand elle se complique de la coexistence d'une appendicite. L'expectative serait dangereuse, en exposant la malade aux complications dues à l'évolution d'une lésion appendiculaire grave. La coexistence d'appendicite et de grossesse tubaire indique formellement l'urgence de l'intervention : le chirurgien à la main forcée. Il serait imprudent d'espérer le refroidissement d'une appendicite chez une malade dont la vie est par ailleurs menacée par l'évolution de la grossesse ectopique. La crainte justifiée de l'infection venant compliquer l'hématocèle de l'inondation péritonéale doit dicter l'intervention et ne jamais la faire différer. A ce propos, l'observation de Sutter que nous rapportons est très suggestive (Observation N° 4). Il s'agit d'une femme chez laquelle on porte le diagnostic d'appendicite et d'hématocèle infectée. Pour-

tant, la diète et le repos avec la glace sur le ventre sont ordonnés et l'opération différée. Après plusieurs jours, la malade devient apyrétique et cette amélioration semble justifier l'abstention opératoire. Mais le 9^e jour, tous les symptômes d'une péritonite par perforation se déclanchent. L'intervention est décidée : elle est suivie de la guérison inespérée de la malade.

Si le chirurgien ayant fait le diagnostic d'appendicite tombe sur une grossesse ectopique rompue ou non, quelle conduite doit-il tenir ? Potherat dans un cas semblable avait opéré sans agrandir l'incision de Roux qu'il avait pratiquée d'abord. Leguen rencontre de grosses difficultés opératoires. Témoin, pour y parer, est obligé de faire une nouvelle incision médiane.

La laparotomie médiane sous-ombilicale est la meilleure intervention, celle qui donne le maximum de jour. Elle seule permet de décortiquer l'hématosalgux, de bien voir l'utérus et les annexes. Elle permet de terminer l'intervention par l'hystérectomie sub-totale, si elle indiquée, surtout elle rend possible et facile l'examen de l'appendice, sa résection.

La question du drainage se pose, elle a été très discutée. Doit-on drainer par la plaie abdominale, doit-on faire une simple colpotomie ou bien combiner le drainage abdominal à la colpotomie ? Témoin ne croit pas nécessaire le drainage par la plaie abdominale. D'autres auteurs ont eu des succès en drainant seulement par le vagin ou par colpotomie. Nous pensons que le drainage dans ses diverses

modalités doit être dicté par chaque cas observé. Il ne saurait y avoir une ligne de conduite uniforme dans le drainage.

Si l'on a affaire à une hématocele enkystée suppurée dont l'infection paraît être d'origine appendiculaire on peut et on doit faire un drainage d'urgence par colpotomie, puis on complètera au bout de quelques jours de surveillance de la malade l'intervention par une laparotomie médiane, la résection de la trompe malade et de l'appendice ; on drainera par l'orifice préexistant de la colpotomie.

Enfin, la coexistence fréquente d'appendicite et de grossesse ectopique, la possibilité d'observer l'appendicite après une grossesse ectopique pourra être une indication de l'appendicéctomie préventive.

Dans toute intervention pour grossesse tubaire, il sera bien de rechercher systématiquement l'appendice et d'en pratiquer la résection.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Inédite

(Dûe à l'obligeance du Dr MAZET, service du Prof. POLLOSSON)

M... Joséphine, 21 ans.

Entrée à l'hôpital le 27 avril 1920 pour une tuméfaction de la fosse iliaque droite.

Retard de règles d'un mois. Le 26 avril, pertes assez abondantes, en dehors de la date habituelle des règles, brunâtres, avec douleurs très vives dans la fosse iliaque droite, pas de vomissements.

À l'examen, femme non anémiée, quoique un peu pâle. Le toucher permet de sentir au niveau de la corne utérine droite une tuméfaction rénitente, non fluctuante, douloureuse à la palpation ; la masse perçue entre en rapport avec le cul de sac vaginal droit et semble bien indépendant de l'utérus. Le col est un peu gros, non mou, non entrouvert. Température : 38°1 à l'entrée.

On pose le diagnostic de grossesse extra-utérine droite le 1^{er} mai 1920. Intervention. Pfaunestiel bas. Foyer suppuré pelvien avec fausses membranes épaisses, odeur intestinale. Trompe droite congestionnée recouvrant le foyer suppuré bien enkysté. Libération de l'appendice qui plonge dans le petit bassin, très long (8 cm.) et gangrène au niveau du tiers inférieur. Décortication sous-séreuse de la base.

Drainage par incision du cul de sac postérieur. Mèche. Ablation trompe droite. Utérus et annexes gauches saines. Evolution simple, malgré suppuration de la paroi.

La malade sort guérie le dix-septième jour, apyrétique.

OBSERVATION II

(LEGUEU, Société de Chirurgie, 1902)

Je fus appelé en ville, dit M. Leguen, pour une malade de quarante-huit ans qui, trois jours avant, en portant un fardeau, avait ressenti à droite une douleur extrêmement vive, syncopale, qui s'accroissait rapidement dans la nuit suivante. En même temps que le ventre se ballonnait, la constipation devenait absolue et la température s'élevait. Aussi quand je la revis le surlendemain, en présence de la douleur localisée à droite, de la température à 38°5, je pensai à l'appendicite et j'opérai la malade. J'incisai la fosse iliaque droite et je reconnus tout de suite l'épanchement de sang qui me força à rectifier mon diagnostic. J'allai à la recherche des trompes c'était la gauche qui était rompue. J'eus quelque peine à terminer l'opération par l'incision que j'avais faite à droite, mais j'étais dans des conditions défavorables de milieu et je voulais éviter les complications d'une incision supplémentaire, j'y parvins et la guérit.

OBSERVATION III

(LEGUEU, Société de Chirurgie, 1902)

Ce cas, raconte M. Leguen, concerne une femme de vingt-deux ans, prise brusquement d'une douleur tellement vive dans la fosse iliaque qu'elle dut quitter son travail ; presque aussitôt elle fut prise de vomissements et de syncope. Elle ne fut amenée que le lendemain à la Charité où je la vis deux heures après. La température était 38° et le pouls à 130. Elle souffrait dans tout le ventre, spécialement à droite. Elle n'avait pas eu de retard de règles et ne perdait pas actuellement. Je crus à une appendicite et j'incisai à droite. Je reconnus aussitôt mon erreur, il y avait du sang jusque dans l'abdomen. La trompe droite était saine, j'allai à la recherche de la trompe gauche, mais j'eus cette fois quelque difficulté à l'atteindre et j'ai dû faire une laparotomie médiane. La trompe gauche était rompue dans son milieu ; il y avait un litre et demi de sang dans le ventre. Après l'avoir épongé et enlevé la trompe, je refermai et la malade guérit.

OBSERVATION IV

Traduite de l'allemand

Un cas d'appendicite causée par un grain de poivre au cours d'une grossesse extra-interne (SUTTER)

Le 20 juin 1905, on porte à la clinique une malade qui était dans un état d'anémie grave, presque comateux, avec l'aspect d'une hémorragie grave, comme à la suite d'une grossesse extra utérine. Ce premier diagnostic devint plus vraisemblable lorsque la malade raconta qu'elle avait, depuis plusieurs semaines, des hémorragies génitales, d'abord peu abondantes, mais qui augmentaient peu à peu d'intensité. Elle n'aurait pas eu ses règles pendant plus de quatre semaines et son médecin l'envoyait pour hémorragie de la grossesse. On ne pouvait penser qu'à une grossesse utérine ou extra-utérine. Pour tous, diagnostic était une rupture tubaire ou un avortement tubaire.

L'indication d'opérer d'urgence était contre-indiquée par l'anémie progressive, même si nous n'avions pas trouvé dans quelques symptômes, d'abord peu clairs, une contre indication absolue.

La malade avait de l'herpès autour de la bouche et au menton. Température, le matin : 37°3. La malade frissonnait dans son lit. Une infection et, comme nous l'admettions, une infection d'origine intestinale d'une hémotocèle éventuelle, pouvait être acceptée à cause de l'élévation du nombre des leucocytes à 16.000. Il ne fallait pas en ce moment, songer à remuer la malade pour affirmer le diagnostic ; ce qu'il fallait faire en premier lieu, c'était attendre, par un traitement conservatif, le pus qui y était à coup sûr, ce que nous pouvions essayer, quand le poul serait relevé par une injection de sérum artificiel, et que l'hémorragie serait moins forte. Au préalable on mit de la glace et après avoir relevé l'état de la malade, voici l'histoire que l'on apprit.

Mme V..., 20 ans, a eu une bronchite du sommet et des vomissements ; premières règles à 17 ans, jamais régulières, règles abondantes. Durée 3 à 8 jours, douloureuses. Les dernières sont apparues huit semaines auparavant, d'abondance moyenne ; elles restent souvent six semaines sans venir. Elle ne peut pas se souvenir s'il y a eu un caillot plus gros. Deux couches normales, la dernière il y a deux ans. Depuis deux

jours incapable d'uriner seule ; auparavant urines très peu abondantes, mictions douloureuses. Depuis quatre jours elle n'est pas allée à la selle. Douleurs pas très violentes dans l'abdomen, prédominance à droite. Il y a quelques semaines elle a eu des douleurs très fortes.

21 juin 1905. — Malade de taille moyenne, maigre, pâle. Température le soir : 38°6. Pouls : 96, très tendu. Ventre uniformément ballonné, dur, très sensible à la pression, surtout à droite, tellement qu'un examen combiné, tout au moins du côté des annexes droites, n'est pas possible. Vulve fermée. Vagin long, col fermé, haut à gauche. Dans le Douglas pas de résistance. Trompe et ovaire à gauche libres, On a, à droite, une tumeur sensible, dure, pas fluctuante, pas mobile, dont le pôle supérieur peut être atteint à bout de doigt. Le ligament large y est adhérent. Utérus déplacé à gauche. Il s'écoule moins de sang par le vagin. Herpès fébrile assez étendu sur le visage ; respiration pas accélérée. Rate et foie pas gros. Pas d'œdème. Urine obtenue par le cathétérisme ; n'a ni sucre, ni albumine, pas de sang. Leucocytes : 16.000. Notre diagnostic était donc : Tumeur enflammée des annexes droites et de la région iléo cœcale probablement hématocele infectée à la suite de la rupture d'une grossesse tubaire.

L'origine de l'infection ne pouvait plus être douteuse après cette localisation : il ne pouvait s'agir que d'une appendicite. Une opération n'était pas indiquée ; l'infection durait, sans doute, depuis plusieurs jours au moins ; l'état général de la malade était tel qu'une intervention immédiate n'était pas nécessaire. Glace, opium et belladone en suppositoire, diète absolue. Les jours suivants sont meilleurs. L'hémorragie cesse bientôt complètement, l'herpès disparaît complètement, le pouls est encore un peu rapide et petit. Grands écarts de température : 36°4 le matin, 39°1 le soir. Le septième jour la malade est apyrétique, un nouvel examen montre une tumeur à droite toujours sensible, mais plus petite et plus dure ; elle paraît adhérente à la paroi. Utérus facilement mobile ; base du ligament large, encore fixée.

Trompe et ovaire à droite ne sont pas perceptibles. La malade se sent bien ; plus d'hémorragies. Elle veut manger. Derrière le dos de la sœur elle vole un poulet froid. La conséquence immédiate est que le soir du neuvième jour, la température monte à 39°6. Le lendemain : température 38°.

pouls 92, petit, fuyant. Etat général mauvais ; douleur dans tout l'abdomen ballonné, dur, sensible à la pression ; suspension des matières et des gaz.

Quand je vis, à midi, la température monter à 38°, le pouls mauvais, petit, bref, tous les symptômes d'une péritonite par perforation, je me décidais, en l'absence de mon chef, à intervenir, pour prévenir cette récurrence par mon opération.

Opération le 29 juin. — Incision à droite. Section des muscles, du fascia et du péritoine. Tous les tissus sont remplis de sérosité ; le cœcum est distendu ; appendice à bas uni à la tumeur dure et sensible, à laquelle est rattaché ce qui reste de l'hématocèle infecté. Quelques anses intestinales sont aussi adhérentes à la tumeur. La pointe de l'appendice est gonflée, presque en boule, couverte de membranes de fibrine. Un peu de pus à la partie qui est adhérente. Au milieu, on voit un point de rupture sur une ancienne cicatrice. L'appendice est enlevé ; tamponnement à l'aide de compresse. On draine avec de la gaze iodoformée. Le lendemain, la malade présente de la température. Deux fois elle atteint 38°. A partir du cinquième jour, elle est apyrétique. La plaie guérie par seconde incision, après qu'on a ôté les drains et le 22 juillet, c'est-à-dire trois semaines après l'opération, la malade sort.

A l'extrémité de l'appendice on voit un grain blanc, un peu macéré, en forme de boule, qui fait penser à un grain de poivre. On fait faire l'examen microscopique par le privat-docent.

L'appendice montre la trace évidente d'une infiltration inflammatoire avec destruction totale de la muqueuse et de la muscularis, avec un épaissement de la séreuse par suite de la présence de la fibrine concrétée. Six mois après, un examen de la malade montre un ovaire droit encore élevé, une tuméfaction de la grosseur d'une noix siégeant dans la trompe droite, au niveau de l'incision. La femme se porte bien. Règles régulières toutes les quatre semaines, durant deux à trois jours.

OBSERVATION V

(SILHOL)

Appendicite présentant les symptômes de grossesse extra-utérine

Le 24 octobre on me présente une malade qui n'a plus été

réglée depuis le mois de juillet et qui souffre de violentes douleurs abdominales.

Déjà, il y a trois semaines, elle a eu quelques douleurs au niveau des reins et du bas-ventre, elle a eu des nausées et des vomissements et a perdu un peu de sang clair. Plusieurs confrères l'ont examinée à ce moment, ils ont conclu à une grossesse de trois mois et demi et, craignant un avortement, ont fait appliquer des cataplasmes chauds et administrer des lavements laudanisés. Les douleurs se calment momentanément.

Depuis deux jours, les douleurs ont repris, très violentes, commençant par les reins, finissant au bas-ventre. La malade n'a plus perdu.

Les seins de la malade sont gonflés, avec aérole pigmentée ; il s'écoule un peu de colostrum, dit l'observation ; quelqu'un me signale que le fond de l'utérus est au voisinage de l'omblic ; c'est une femme enceinte.

Les douleurs sont très vives ; état syncopal, pouls petit, sueurs froides ; température : 38°.

Au palper, je suis surpris de ne trouver nulle part le fond de l'utérus.

Le toucher est douloureux, l'utérus est plutôt petit, le fond n'est pas senti exactement à cause de la sensibilité extrême de la malade. Le cul-de-sac postérieur est douloureux, on sent des nodosités à orientation transversale parfaitement mobiles.

Le cas étant embarrassant : signe de grossesse, utérus petit, cul-de-sac postérieur douloureux contenant de petits corps mobiles. Il y avait des fortes présomptions en faveur de la grossesse extra-utérine, et il est rare même qu'on ait autant de raison d'y croire.

Après avoir surveillé la malade par les externes du service pendant la nuit, je me décidai, le lendemain, à faire une laparotomie exploratrice. Mon impression était : grossesse extra-utérine en train d'avorter, étant donné les symptômes de travail que la malade présentait nettement, ou bien un inconnu que je ne pouvais diagnostiquer ; j'admettais plutôt la possibilité d'une laparotomie blanche.

A l'ouverture du ventre : annexes et utérus parfaitement sains. Utérus particulièrement petit, infantile ; aucune lésion au petit bassin, mais appendicite. L'appendice, long, plongeait dans le petit bassin et se mettait en rapport avec les annexes elles-même prolabées dans le cul-de-sac postérieur.

(c'est tout ceci qui avait donné l'illusion de petites parties fœtales).

Cet appendice était vascularisé et il y avait, autour de lui, quelques adhérences molles ; j'en fis la résection.

Guérison sans drainage. A partir de l'opération, et bien que rien n'ait été fait aux annexes, la malade n'a plus présenté aucun trouble et les règles ont reparu pendant qu'elle était en convalescence à Salvator.

En résumé, cette femme a eu des phénomènes de congestion génitale, avec arrêt des règles pendant trois mois. A l'opération, elle n'avait rien autre que de l'inflammation subaiguë d'un appendice ectopié en rapport avec les annexes droites. Depuis l'ablation de l'appendice les douleurs ont cessé et la malade a eu ses règles.

Je ne sais pas jusqu'à quel point il serait avantageux de fouiller le mécanisme de cette mise en scène.

Il me paraît admissible que l'appendice enflammé au contact des annexes, ait pu provoquer ces phénomènes de grossesse. Comme il s'agissait vraisemblablement d'appendicite chronique, qui est si fréquente, j'ai cherché dans l'histoire antérieure de la maladie s'il n'y avait quelque chose. Il y a deux mois, elle avait déjà eu une crise plus légère avec douleur au-dessous de l'omblic, irradiant dans les reins et dans tout le ventre, avec suspension des règles ; c'est le seul épisode antérieur.

OBSERVATION VI

(In Thèse Fesq)

Grossesse extra-utérine droite prise pour appendicite

Denise B..., trente-deux ans, entre à l'hôpital Broussais, dans le service de M. Potherat, le 25 février 1911. Réglée depuis quatorze ans et toujours d'une façon régulière, elle n'a aucun antécédent morbide soit héréditaire, soit personnel. La veille de son entrée elle a présenté des phénomènes abdominaux graves, qu'elle attribue à une indigestion de moules.

L'interrogatoire apprend qu'elle fut prise brusquement d'une douleur particulièrement intense dans la fosse iliaque droite ayant entraîné une syncope. Aucun renseignements sur le pouls et la température à ce moment.

Admise salle Broca, lit n° 33, la malade présentait à l'examen des douleurs intenses généralisées à l'abdomen tout entier avec prédominance toutefois dans la fosse iliaque droite. Elle n'avait rendu ni matière, ni gaz, depuis deux jours et avait été prise de vomissements, surtout muqueux. L'état général était mauvais : facie pâle, yeux excavés, traits tirés, narines pincés, respiration superficielle et légèrement accélérée (25 mouvements à la minute), ventre considérablement augmenté de volume. A la palpation, l'abdomen était dur et tendu, surtout à droite où l'on percevait un maximum de douleur au point de Mac-Burnay avec défense musculaire empêchant l'exploration profonde. A la percussion, tympanisme très marqué occupant l'abdomen tout entier et marquant la matité hépatique. En pratiquant le toucher vaginal on trouvait un col utérin de forme et de consistance normales, avec orifice externe complètement fermé et arrondi, les culs-de-sacs avaient conservés leurs dimensions et leurs souplesses habituelles. Légère douleur toutefois au niveau du cul-de-sac latéral droit. Le corps de l'utérus légèrement basculé en arrière, était mobile. Outre les phénomènes généraux graves déjà notés, la malade présentait une température peu élevée de 37°5, coïncidant avec un pouls accéléré de 110 pulsations à la minute, qui était cependant régulier et bien frappé. Le diagnostic d'appendicite fut porté et une intervention d'urgence fut alors décidée.

Incision latérale droite de Mac-Burney. A l'ouverture du péritoine on tomba sur une grande collection de sang liquide mélangé de caillots. La malade étant mise en position déclive, on procède au nettoyage du péritoine et on constate qu'il s'agissait de grossesse interstitielle rompue, la rupture siégeant à la partie postérieure de la corne interne droite. Excision de la trompe et de l'ovaire droite. Drainage. Suture. Les suites de l'opération furent normales et la guérison rapide.

OBSERVATION VII

(LAUNAY et SEGUINOT)

Grossesse extra-utérine double prise pour appendicite

Mme C..., vingt-six ans. Pas d'antécédents. Le 21 octobre 1910, violentes douleurs dans le flanc droit et vomissements.

Le médecin appelé fait le diagnostic d'appendicite aiguë et met la malade à la glace et à la diète. Les phénomènes douloureux augmentent et l'état général devenant de plus en plus mauvais, la malade entre à la maison Dubois, le 21 octobre.

A son entrée, elle se plaint de douleurs siégeant dans le flanc droit, survenant par crises et s'accompagnant de vomissements. La palpation montre une contracture des deux muscles droits donnant la sensation d'un ventre de bois.

Dans la fosse iliaque droite une percussion légère révèle une zone de matité étendue de la région sous-hépatique à la cavité pelvienne et ne dépassant pas la ligne médiane. La palpation très douloureuse ne permet pas de délimiter ce plastron à la main, la douleur étant surtout développée dans la fosse iliaque droite. Le toucher vaginal ne révèle rien. L'état général est mauvais, nez pincé, yeux excavés, langue sèche, urine peu abondante, constipation absolue. La température est de 38°, le pouls à 100 pulsations. Le diagnostic est porté d'appendicite. Les jours suivants la température tombe à 37°5, les douleurs diminuent, la langue devient humide, l'état général meilleur. Le 27, la malade présente un ictère intense sans température, ni phénomènes hépatiques. Le plastron de fosse iliaque droite maintenant plus facile à délimiter est toujours aussi étendu et aussi dur. Cet état se continue jusqu'au 3 novembre où on commence l'huile de ricin et les lavements d'huiles ; le 6 on supprime la glace. Le 10 novembre, nouvelles douleurs sourdes dans le flanc droit, pas de température ; ces phénomènes subaigus s'apaisent sous l'influence de la glace.

Le 14 novembre au soir la malade ressent de violentes douleurs dans le flanc gauche se généralisant rapidement à la cavité pelvienne et survenant sous forme de coliques espacées. L'interne de service, M. Seguinot, apprend que la malade cachait un retard de règle de trois mois, l'examen montre en effet des signes sympathiques de grossesse du côté des seins. La palpation abdominale ne révèle aucun changement dans le plastron de la fosse iliaque droite, mais la palpation de la cavité pelvienne est très douloureuse.

Le toucher vaginal montre un cul-de-sac rempli et un utérus légèrement augmenté de volume et refoulé en avant. Le diagnostic de rupture de grossesse tubaire est porté. Pas de shôck ; température 37°, pouls 110. Le lendemain M. Lannay voit la malade ; l'état est plus mauvais, le facie anxieux,

les lèvres décolorées, température 36°7, pouls 140. Au toucher on sent le col plaqué contre la symphyse et une collection rénitente dans le Douglas.

En présence du plastron d'appendicite, l'opération rendu nécessaire par la continuation de l'hémorragie tubaire, se présentait dans des conditions délicates. M. Launoy décide de commencer par la laparatomie médiane et de s'en rapporter à ce qu'on trouvera. On tombe sur un utérus gros et une poche gauche limitée par l'intestin, l'épiploon et des adhérences : elle est remplie de caillots au milieu desquels est un fœtus de 13 centimètres. En recherchant les annexes droites, M. Launay tombe sur une poche enkystée remontant sous la région hépatique, derrière le colon et le cœcum et remplie de caillots plus anciens qu'à gauche. Au milieu d'eux il retire, à la grande surprise de tous, deux fœtus de 12 centimètres. On ne recherche pas l'appendice au milieu des adhérences nombreuses de l'intestin. La trompe gauche est rompue à la partie moyenne et saigne encore, la droite près de l'utérus. Ablation des annexes, hystérectomie. Guérison.

OBSERVATION VIII

(TEMOIN)

Grossesse extra-utérine droite coexistant avec l'appendicite

Femme de vingt-deux ans, mariée depuis trois mois. Règles régulières, sauf les dernières, douloureuses et peu abondantes. Pas d'antécédent, sauf crise appendicite caractéristique il y a un an. Le 28 janvier, elle est prise de douleurs atroces dans le ventre avec vomissements, ballonnements, arrêt complet des matières et des gaz, pouls rapide, facie altérée. La malade rentre à l'hôpital le 1^{er} février pour l'obstruction intestinale.

A ce moment ce sont en effet les signes d'obstruction qui dominent, les douleurs sont généralisées, le toucher vaginal ne révèle rien. Un lavement purgatif procure une grande selle et soulage la malade. Pendant deux jours l'état reste stationnaire. Le 4, les phénomènes s'accroissent. Douleurs très vives surtout à droite, teint pâle, facie grippé. On pense à l'appendicite et on décide l'opération.

Incision latérale. On tombe sur une couche épaisse d'épiploon impossible à disséquer et au-dessous on sent nettement

une volumineuse poche fluctuante allant vers l'utérus. On pense à une salpingite purulente et pour ne pas infecter le péritoine par une dissection trop laborieuse on décide d'évacuer par le vagin.

Fermeture de la plaie abdominale, incision du cul-de-sac droit, il s'écoule du sang et des caillots. Laparatomie médiane. On tombe sur un volumineux hémato-salpinx droit allant adhérer à l'appendice qui vient se confondre avec la tumeur et qui a un volume considérable. Ablation. Guérison.

OBSERVATION IX

(TEMOJN)

Rupture tubaire droite. — Adhérences appendiculaires

Femme de trente-sept ans, toujours bien réglée. Dernières règles normales. Fut soignée il y a six mois pour appendicite. Le 19 juillet la malade est prise de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite avec état général mauvais. On fait le diagnostic d'appendicite et on attend.

La malade entre à l'hôpital le 30 juillet. Le facie est grippé, le pouls petit et fréquent. Pas de signes de péritonite. Opération le 31 juillet. Incursion latérale. Il s'écoule un sang noir remplissant le petit bassin. La plaie est refermée et l'abdomen ouvert sur la ligne médiane. La masse appendiculaire fait corps avec la trompe rompue ; le tout est enlevé. Guérison.

OBSERVATION X

(AGUINET)

Grossesse tubaire gauche prise pour appendicite

Une femme de trente-sept ans ayant eu ses dernières règles le 14 janvier est prise le 1^{er} février de douleurs dans la région ano-rectale et à l'omblic, qui l'empêchent de s'asseoir, d'uriner et d'aller à la selle. Pas de pertes vaginales, ni de syncope. Le 2, légère atténuation, mais le 3 les douleurs deviennent intolérables et la malade entre à l'hôpital.

Le pouls est rapide et irrégulier, la température est à 36°5, la langue humide, l'abdomen douloureux dans toute son étendue.

due. Rien au toucher. Le chirurgien de garde fait le diagnostic de l'appendicite avec péritonite généralisée et trouve l'état trop grave pour opérer ; un externe remplaçant l'interne de garde avait pensé à la grossesse extra-utérine rompue.

Opération le lendemain. A l'ouverture du péritoine, il s'écoule une grande quantité de sang et de caillots.

L'hémorragie vient de la trompe gauche. Ablation des annexes de ce côté. La malade trop anémiée meurt le surlendemain de l'opération.

OBSERVATION XI

(AGUINET)

Grossesse extra-utérine droite simulant l'appendicite

Femme de vingt-quatre ans, entre le 20 avril avec un retard de règles de six semaines, puis réapparition le 8 avril, abondantes jusqu'au 12. Le 18, douleurs pelviennes et pertes abondantes. Le 19, vertiges, plusieurs syncopes, vomissements alimentaires.

A son entrée, douleurs atroces dans le ventre, surtout à droite. Température 39°2, pouls 140. Ventre ballonné et douloureux surtout dans la fosse iliaque droite et jusque dans la cavité pelvienne. Défense musculaire, submatité à droite, sonorité à gauche. Au toucher, cul-de-sac libre, mais un peu douloureux à droite. Le début brusqué, l'intensité de la douleur à droite, au niveau de la fosse iliaque, l'accélération du pouls, la submatité, la notion des règles survenues le mois avant, font faire le diagnostic d'appendicite à grand foyer. Cependant la pâleur de la malade, la petitesse du pouls, la notion d'un écoulement sanguin apparu la veille avait fait penser quelques instants à une grande hémato-cèle.

Opération sans délai, la malade étant dans un état désespéré. Incision large, selon le tracé de Roux, au niveau de la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, il s'échappe un ot de sang avec caillots nombreux et volumineux. L'incision est agrandie vers le pelys et on arrive sur la trompe droite rompue. Ablation des annexes droites, nettoyage de la cavité pelvienne, fermeture. Guérison.

OBSERVATION XII

(D^r BARNSBY, de Tours)

Appendicite et hémato-salpinx à droite

Mathilde X..., âgée de 27 ans. Mariée à 21 ans. Règles toujours régulières jusqu'en juillet 1900. A cette date, retard de 20 jours.

Le 24 juillet, la malade est prise de violentes douleurs abdominales localisées d'abord à droite, puis généralisées, douleurs accompagnées de vomissements et d'un léger météorisme abdominal. Pendant huit à dix jours la malade perd constamment un peu de sang noir, légèrement fétide. La malade reste alitée trois semaines et tout semble rentrer dans l'ordre ; néanmoins elle conserve une vraie douleur localisée à droite, un peu au-dessous du point Mac-Burney. Les digestions restent difficiles, la constipation est opiniâtre.

Le 20 septembre, la malade a une nouvelle perte, accompagnée d'une exacerbation de la douleur abdominale localisée à droite, d'un vomissement, d'une crise de constipation. La malade a trois nouvelles crises en dix jours, et se décide à venir consulter.

A l'examen, je constate la présence d'un utérus volumineux en anteflexion, avec col légèrement ramolli ; il n'existe aucune lésion à gauche, mais en revanche, je constate la présence d'une tumeur annexielle droite du volume d'une orange haut située dans le cul-de-sac droit. La tumeur est résistante, élastique, sans fluctuation nette. Elle est peu sensible au toucher vaginal.

Le palper abdominal réveille une vive douleur un peu au-dessous du point de Mac-Burney, point qui correspond au pôle supérieur de la tumeur. Je pose le diagnostic d'hémato-salpinx droit, en faisant une réserve en faveur d'adhérences appendiculaires.

Opération. — Laparatomie le 4 octobre, fente en plan incliné.

On arrive rapidement sur un hémato-salpinx droit, on libère le pédicule utérin pour pouvoir amener la tumeur en haut et en dehors. On constate alors que l'appendice, en situation pelvienne, est englobé dans son tiers inférieur avec la masse. Le tiers supérieur semble indemne. On pose une ligature à la base et on résèque l'appendice.

La tumeur est décortiquée ensuite et enlevée sans effraction.

Fermeture de la paroi par une suture en un plan. Un gros drain est laissé à l'angle inférieur de la plaie. Guérison rapide sans incident.

E examen des pièces. — Appendice atteint de folliculité localisée au tiers inférieur ; lésion de sclérose assez avancée.

OBSERVATION XIII

Grossesse tubaire droite. Collection appendiculaire. Opération en deux temps. Colpotomie. Ablation annexe droite. Drainage. Guérison.

(Service du Dr MOLIN)

Première grossesse. Dernières règles 6-9 janvier 1921. Pertes fin février 1921.

Vient de la première infirmerie. Entrée le 13 mars 1921.

Utérus médian, un peu gros, à col un peu mou, non ouvert.

Derrière lui, collection rénitente, grosse comme un poing, nettement circonscrite en bas, inaccessible par le palpér abdominal. Cependant, sur la paroi abdominale, à droite, vers la fosse iliaque droite on sent une masse marronnée, dure, circonscrite, très douloureuse, non immobilisée par la contraction des muscles pariétaux, difficile à préciser comme nature.

Le 21-3, pouls à 136, plant et mou. Température 39°.

On diffère l'intervention.

Le 22-3, température : 39°6, pouls : 136. On se décide à évacuer l'hématocèle par colpotomie. Le lendemain, chute de la température, 37°4. Le pouls reste à 120. Devant l'amélioration manifeste, on reprend la malade par laparotomie le 26 mars. Evacuation du résidu des caillots, détersion des parois épaisses de la poche rétro-utérine ; extirpation de la trompe droite, siège de la grossesse ectopique et dont l'ampoule est distendue par un placenta farci de caillots, pavillon fermé. La fissuration n'est pas nettement retrouvée. Trompe gauche saine laissée en place. Drainage de 48 heures à la mèche par l'orifice de la colpotomie.

8 avril. — Ascension subite de température à 39°5. Le ventre est contracturé, très douloureux dans la moitié droite avec météorisme. Arrêt des gaz. Opération d'urgence, par incision de Roux. On évacue une collection péritonéale, large-

ment enkystée (pus séreux et fétide). Controuverture lombaire. Drainage. Colpotomie de sûreté. On ne recherche pas l'appendice manifestement en cause, à cause de l'état général de la malade et de la rapidité voulue de l'intervention.

Les jours suivants, fistule du grêle. Décollement cutané vers la ligne de suture médiane. Drainage.

25 avril 1921. — Malade en voie de guérison. Se lève. Fistule du grêle persistante. Apyrexie.

OBSERVATION XIV

(Inédite)

(Recueillie dans le service de M. le Dr MOLIN)

P..., 22 ans.

Mariée sans enfants. Une fausse couche en août 1919, de 2 mois et demi.

Règlée régulièrement depuis l'âge de 13 ans.

N'a pas eu de règles depuis le 1^{er} janvier 1921.

Le 12 mars 1921, brusquement surviennent des douleurs abdominales violentes à prédominance droite et ayant un caractère syncopal. En même temps, température à 38°, nausées, vomissements, météorisme abdominal.

Entrée à la première infirmerie (service Dr Voron) où l'on pose le diagnostic de grossesse extra-utérine.

La température à l'entrée est de 38°. L'utérus est un peu gros, le col augmenté de volume. On sent au niveau de la corne inférieure droite et dans le cul-de-sac droit une tuméfaction à contours assez diffus, douloureuse à la palpation, donnant nettement l'impression d'une masse latéro-utérine représentant une grossesse tubaire en voie de fissuration.

La malade passe dans le service de gynécologie. L'intervention est décidée d'urgence.

Le 17 mars 1921. — Laparotomie sous-ombilicale médiane. Dès l'incision du péritoine, une certaine quantité de pus à odeur fécaloïde s'écoule, d'origine sûrement appendiculaire. Abscessus appendiculaire pelvien assez bien enkysté. Recherche de l'appendice gros, tuméfié et présentant à la pointe un début de sphacèle. Résection de l'appendice. On vérifie la gravidité de l'utérus. Drainage abdominal. Colpotomie de sûreté.

Le 23 mars 1921. — Avortement.

Le 25 mars. — Ablation du drain abdominal et du drain de colpotomie. Suites simples malgré suppuration paroi.

Le 28 avril. — Excellent état général. Cicatrisation parfaite.

En somme, il s'est agi d'une malade chez laquelle un retard de règles joint à la perception d'une masse latéro-utérine droite et pelvienne avait donné l'idée d'une grossesse tubaire. Il convient de noter la température peu élevée, le peu de gravité des signes généraux accompagnant l'appendicite pelvienne.

A la laparotomie, abcès appendiculaire pelvien coexistant avec une grossesse normale.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERTIN et DESGOUTTES. — Lyon Chirurgical, 1909.
- AGUINET. — Thèse, Paris, 1903.
- BÉRARD et VIGNARD. — *Traité de l'appendicite*.
- CESTAN. — Thèse de Paris, 1894.
- DUBRISAY et JEANNIN. — *Précis d'accouchement*.
- FESQ. — *Grossesse extra-utérine et appendicite*. Thèse, Paris, 1911.
- GASBARRINI. — *Réforma Médica*, 24 janvier 1910. Journal de Chirurgie, 1910.
- LAUNAY et SÉGUINOT. — Revue de Chirurgie, avril 1911. — *Diagnostic de l'appendicite et de la grossesse tubaire*.
- LEGUEU. — Société de Chirurgie, 1902, p. 923.
- PELLET. — *Coexistence de la grossesse extra-utérine et de l'appendicite*. Thèse, Lyon, 1908.
- POTHERAT. — Soc. Chirurgie, 1902, p. 1.103.
- RIEFFEL. — *In Traité d'anatomie Poirier*.
- TÉMOIN. — *Association française de Chirurgie*. Congrès, 1903.
- VIGNARD et ARNAUD. — Lyon Chirurgical, 1910.
-

CONCLUSIONS

I. — La coexistence d'une appendicite et d'une grossesse extra-utérine (tubaire presque toujours) peut s'observer.

II. — Ces deux affections sont susceptibles d'être confondues. La grossesse extra-utérine peut simuler l'appendicite : grossesse extra-utérine évoluant et simulant l'appendicite chronique ou l'appendicite subaiguë ; rupture simulant l'appendicite aiguë ou suraiguë ; hématocele suppurée simulant l'appendicite pelvienne.

III. — Le diagnostic de la grossesse extra-utérine compliquée d'appendicite est difficile.

Il sera basé sur un interrogatoire approfondi de la malade, l'étude de la température, du pouls, sur l'évolution, en particulier sur la progression du syndrome anémie, sur le caractère des douleurs à type syncopal.

IV. — Le traitement chirurgical s'impose dans tous les cas. Il faut intervenir d'urgence dès que le diagnostic est posé. La laparotomie médiane est de règle. Elle seule permet de bien voir les lésions tubaires et appendiculaires, de les traiter.

V. — La coexistence de la grossesse tubaire et de l'appendicite est peut-être une indication de l'ablation systématique de l'appendice au cours de la laparatomie nécessitée par l'ablation de la trompe gravide, surtout dans le cas de grossesse tubo-ovarienne.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
COMMANDEUR.

Vu :
LE DOYEN,
Jean LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :
LYON, le 10 MAI 1921.

Le Recteur :
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ.
JOUBIN.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	7
INTRODUCTION	8
CHAPITRE I. — Considérations générales. Rappel anatomique	10
CHAPITRE II. — Symptômes et diagnostic. Formes de la grossesse extra-utérine simulant l'appendicite	16
CHAPITRE III. — Eléments de confusion, de différenciation. Etude seméiologique	20
CHAPITRE IV. — Indications thérapeutiques	29
OBSERVATIONS	32
CONCLUSIONS	49
BIBLIOGRAPHIE	51
